

# 漳州卫生职业学院办理毕业证书流程

## 一、办理时间和地点

时间：周一至周五上午

地点：行政楼三楼（教务处 307）

## 二、经办人和联系电话

经办人：高老师

联系电话：0596-2559567

## 三、办理流程

(一) 申请人应提供以下材料清单：

### 1. 学历信息

(1) 高职、五年制：登录中国高等教育学生信息网（以下简称“学信网”）打印学历信息，签名并标注“办理毕业证书专用”。

(2) 中职：2010 年之前毕业学生，请联系相应系（部）办理相应手续到学院档案室复印相应材料；2010 年后毕业学生，不必提供该项。

2. 申请人携带身份证原件及复印件 1 份（本人签名并标注“办理毕业证书专用”）。

3. 持登有遗失声明的报纸原件 1 份。

4. 近期免冠彩色蓝底照片两寸 2 张（高职、五年制毕业生同时将该版本照片电子版发送至电子邮箱：106855933@qq.com，用于“学信网”毕业证书电子注册，电子版照片要求：jpg 格式，小于 30KB，分辨率为 480\*640，以本人姓名命名）。

5. 如因证书损坏申请补办者需提供原毕业证书。

6. 申请人需手写申请书 1 份（参考附件 1）。

7. 手续原则上应由本人办理，如因特殊情况确实无法到场，方可申请委托他人办理，需提交申请人委托书（参考附件 2）、被委托人身份证原件及复印件。

(二) 填写《漳州卫生职业学院补发毕业证书申请表》（见附件 3）。

(三) 材料审核通过，即可制作毕业证书。

(四) 提交完整材料 15 个工作日（疫情防控期间或寒暑假可能延期）后，教务处会通知申请人，申请人本人携带身份证原件到教务处领取相应的毕业证书。

## 四、其他事项

本流程为本院普通全日制高职/五年制专科毕业生及全日制中职毕业生遗失毕业证书后补办毕业证书时使用。

附件 1

## 毕业证明书办理申请

漳州卫生职业学院：

本人\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月在漳州卫生职业学院\_\_\_\_\_专业学习，毕业证书编号：\_\_\_\_\_，因毕业证书不慎丢失（损坏），现申请办理\_\_\_\_\_（高职毕业证明书/中职学历证明书），恳请批准。

此致

敬礼！

申请人：

年 月 日

## 毕业证书申请书申请办理委托书

委托人： \_\_\_\_\_ 身份证号码： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

被委托人： \_\_\_\_\_ 身份证号码： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

本人因 \_\_\_\_\_（原因），不能亲自办理 \_\_\_\_\_（高职毕业证书/中职学历证书）相关手续，特委托 \_\_\_\_\_ 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项。本人对被委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（手写签名）：

被委托人（手写签名）：

年 月 日

## 漳州卫生职业学院补发毕业证书申请表

姓名		性别		出生年月日		(二寸蓝底彩照)
入学时间		毕业时间		学制	<input type="checkbox"/> 高职 <input type="checkbox"/> 五年制 <input type="checkbox"/> 中职	
专业			原毕业证书编号			
身份证号码				申请人联系电话		
情况说明	申请补发原因： <input type="checkbox"/> 原证书遗失 <input type="checkbox"/> 证书损坏并交回学校 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____。					
	报纸名称					
	刊登时间					
	刊登内容	“遗失声明”粘贴处				
本人声明	<p><b>本人承诺：</b>已提交的申请及有关证明材料真实准确，无弄虚作假，并愿意承担由此产生的一切后果和责任。<b>本人确知：</b>毕业证书只能申请补办一次，包括补发证书在内，只能拥有学校颁发给本人的证书一份，如本人随后寻回报失的证书，必须归还原证书给学校，请学校有关部门复核并批准。</p> <p>申请人签名：_____ 日期：_____年_____月_____日</p>					
教务处（签章）：_____ 日期：_____年_____月_____日						
毕业证书编号				颁发时间	_____年_____月_____日	
领取方式	<input type="checkbox"/> 自取签字：_____ 日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 委托他人领取，被委托人签字：_____ 日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 快递到付：收件人：_____ 邮编：_____					
联系电话：_____						
邮寄地址：_____						